

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE - RS
CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA EM SAÚDE - EaD

A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

ARTIGO DE ESPECIALIZAÇÃO

Monique Deise Bezerra Silva

Santa Maria, RS, Brasil

2013

A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

por

Monique Deise Bezerra Silva

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de.

Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

Orientador: Prof^o. MSc. David Lorenzi Júnior

Santa Maria, RS, Brasil

2012

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Educação Superior Norte- RS
Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde –
EaD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova Artigo de Especialização

A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

elaborado por
Monique Deise Bezerra Silva
como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA

Professor, Msc. David Lorenzi Júnior
(Presidente/Orientador)

Professor, Msc. Luciane DittgenMiritz (UFSM)

Professor, Msc. Fernanda Sarturi. (UFSM)

Professor, Msc. Susane Flôres Cosentino (UFSM).

Santa Maria, 18 de janeiro de 2013.

A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Monique Deise Bezerra Silva¹
David Lorenzi Junior²

RESUMO

Por meio de uma reflexão teórica, com a finalidade de discutir sobre a trajetória do Serviço Social na área da Saúde, por meio de uma reflexão teórica, destacando a importância da inserção do Assistente Social nesta área, elaborou-se o trabalho de conclusão no curso de Especialização em Organização e Gestão em Saúde Pública. A reflexão teórica permitiu um melhor conhecimento sobre a atuação e a valorização do profissional Assistente Social na área da Saúde, por meio dos desafios encontrados e das conquistas desta categoria ao longo dos anos, bem como, as atividades e atribuições deste profissional nas instituições de Saúde.

Palavras – Chave: Trajetória do Serviço Social. Saúde e Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

Ao reconhecer a saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, o Serviço Social passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença. Outro fato que vem contribuir para a ampliação da inserção do assistente social no campo foi a mudança no processo de gestão da política de saúde, tendo a descentralização político e administrativa como principal estratégia.

A partir de 1999 o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), publicou uma ementa que caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde, diante disso podem-se analisar as competências e atribuições desses profissionais nesta área de atuação, visando aperfeiçoar suas técnicas para melhor capacitar os profissionais a partir de uma ótica interdisciplinar.

A política pública de saúde no Brasil, historicamente, é a política que mais absorve profissionais de Serviço Social. O Conselho Nacional de Saúde - CNS, através da resolução nº 218/97, reconhece o assistente social como um dos treze profissionais de saúde de nível superior. Desde então, os assistentes sociais, vêm assumindo novas funções no setor municipal, estadual e federal, como participando do processo de gestão da saúde, atuando nos

1. Graduação em Serviço Social pelo Centro Universitário Franciscano, Assistente Social no Centro de referência da Assistência Social Oeste do Município de Santa Maria – RS.
2. Mestre em Administração, professor da Universidade federal de Santa Maria – RS.

conselhos municipais de saúde, formulando políticas, planejamento, monitoramento e avaliação das políticas.

Com o objetivo de conhecer a realidade social e discutir sobre a prática dos profissionais Assistentes Sociais atuantes na Saúde, desvelando as técnicas de intervenção e conhecendo melhor os processos de trabalho deste profissional nesta área, este trabalho trás a trajetória da profissão de Assistente Social e discute as contribuições deste profissional para a área da Saúde, qualificando atendimentos e somando resultados positivos no acompanhamento dos usuários do Sistema Único de Saúde.

UMA REFLEXÃO SOBRE A TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

O Serviço Social surgiu no Brasil entre as décadas de 30 e 40, sob forte influência europeia. Há muitas escolas de Serviço Social, no país que surgiram a partir da elevada demanda na área da saúde que, inicialmente, não foi o principal foco de trabalho do assistente social. Em consequência da Segunda Guerra Mundial e da eminente implantação do capitalismo, o Serviço Social toma maiores proporções e assim, os assistentes sociais passam a ter mais espaço na área da saúde, sendo este um setor com grande número de empregabilidade. (BRAVO; MATTOS, 2006).

As políticas sociais surgiram no Brasil em meados dos anos 30, devido às questões sociais da época sofreram a intervenção do Estado, que tinha como foco principal os trabalhadores assalariados que viviam nas cidades, o que era extremamente importante para o setor financeiro do país e, conseqüentemente, para o desenvolvimento. Estes trabalhadores urbanos viviam sob forte domínio do capitalismo, este sistema desencadeou um expressivo crescimento do perímetro urbano, pois muitos trabalhadores vinham do interior à procura de emprego. Os grandes centros urbanos da época não estavam preparados para receber tantos moradores novos. Por isso, estes passaram a viver em péssimas condições de saúde, higiene e habitação. Ainda hoje muitas pessoas, saem de suas cidades natais à procura de uma vida melhor, mas o que encontram é muito diferente do que sonhavam. Àqueles que possuem condições de retornar o fazem, senão são obrigados a viverem em condições precárias, marginalizadas sem nenhum tipo de ajuda do Governo.

Na década de 30, a Política de Saúde passou a ser formulada e foi dividida em dois subsetores. O subsetor de saúde pública visava melhorias mínimas, quanto às condições sanitárias da população urbana e também se passou a pensar nos indivíduos que moravam na área rural levando, até eles, campanhas sanitárias de combate às doenças e epidemias;

coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde. O subsetor de medicina previdenciária surge, neste momento, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão - (IAPs), em substituição às Caixas de Aposentadoria e Pensões - (CAPs). (BRAVO, MATOS, 2007).

Apesar de ter sido formulada nos anos 30, esta política consolidou-se somente entre a década de 1945 a 1950, período este em que a saúde encontrava-se em situação caótica, por conta dos elevados índices de epidemias de doenças infecciosas e altas taxas de mortalidade infantil e geral. (BRAVO 2000). Nesta época, só tinham acesso aos recursos médicos aquelas pessoas que podiam pagar pelo atendimento ou trabalhadores que possuíssem vínculos empregatícios. Caso contrário, era necessário procurar por uma instituição de caridade com caráter filantrópico. É notável que a política de saúde fosse pensada somente como uma forma de se evitar possíveis atos de manifestação e minimizar a situação referente às doenças que se proliferavam. Não se pensava na dignidade da pessoa humana. Os profissionais assistentes sociais, bem como tantos outros profissionais, passaram a ser bastante solicitados e requisitados, posteriormente, ao novo conceito de saúde do ano de 1948. *Conforme a Organização Mundial de Saúde –OMS, “Saúde é o mais completo bemestar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”. Este conceito foi alvo de várias discussões e argumentações entre os profissionais da área (SCLIAR, 2008, p.1).*

Para a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, a saúde é considerada como: Um direito básico das condições de cidadania de uma população, e que um país só pode ser considerado desenvolvido quando os seus cidadãos estiverem sadios, e que isso depende de um bom funcionamento do sistema de saúde e do Governo vigente. De nada adianta ter uma economia estável se a população sofre com as desigualdades sociais e com a exclusão.

Por conta de toda esta situação de empobrecimento da área da saúde, houve a necessidade de se contratar uma diversidade de profissionais envolvidos nela, com a finalidade de um trabalho multidisciplinar. Para Sampaio, “entende-se que é uma atitude de justaposição de conteúdos de disciplinas heterogêneas ou a integração de conteúdos numa disciplina alcançando a integração de métodos, teorias ou conhecimentos” (SAMPAIO, 1995, p83). O Estado esperava, deste trabalho multidisciplinar, a diminuição de gastos, ampliando o quadro de conhecimentos específicos, segundo Bravo e Matos, “o assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da” clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde”. (2006, p.199).

Com a implantação do Plano Nacional de Saúde no Brasil, os assistentes sociais perceberam a importância de estar desempenhando atividades como encaminhamentos, plantões, concessões de benefícios, pois os gastos do governo com a assistência médica

através da previdência social cresceram significativamente; sendo estes benefícios pagos pelos próprios beneficiados. Durante os anos de 50 e 60, os hospitais e ambulatórios foram o foco principal do trabalho dos profissionais da saúde e, somente após 1975, os assistentes - sociais passaram a ocupar estes espaços, em razão de profissionais de outras áreas estarem, indevidamente, realizando atividades próprias do Serviço Social (BRAVO; MATOS, 2006).

Em meados da década de 60, os assistentes sociais começaram a repensar o modo conservador de agir da profissão; já que alguns profissionais tinham uma outra visão mais progressista com base em estudos aprofundados da área das ciências sociais e ciências humanas. Porém, em 1964, com o golpe militar, o resultado de encontros sobre uma nova direção quanto às produções de conhecimento, ficou estagnada (BRAVO, MATOS, 2006). Na visão de Yamamoto:

O Serviço Social no pós-64, com o que designa como vertente modernizadora, atualiza a herança conservadora da profissão, de forma a adequá-la às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora, efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, para atender as exigências da política de desenvolvimento com segurança. (1982, p.213).

Entre os anos de 1965 até 1975, o Centro Brasileiro e Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS) teve grande importância quanto à construção teórica do Serviço Social em relação à “perspectiva modernizadora”, com a pretensão de que os profissionais assistentes sociais atuassem conforme o processo sociopolítico estabelecido pós 1964. Pois, conforme Bravo e Matos: *A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática* (2006, p, 201).

O Serviço Social, por conta deste novo sistema de “modernização conservadora” passa a agir de acordo com as ordens do Estado, na tentativa de alcançar expectativas esperada por este em assumir o total controle da população, não havendo, assim, qualquer ato de manifestação ou reivindicação social. A modernização foi bastante atuante em relação às políticas sociais, e o Serviço Social, na área da saúde, foi um dos setores mais afetado, em relação às funções desenvolvidas pelo o assistente social como intervenção, benefícios e a burocratização das atividades (BRAVO; MATOS, 2006).

Foi durante o final da década de 60 e início de 70 que o movimento pela reforma sanitária se fortaleceu no Brasil. Enquanto contraproposta ao setor privado, este movimento contou com a participação popular na luta por políticas públicas eficazes, fortalecendo-se com o apoio de partidos políticos de esquerda, sociedade civil, intelectuais e profissionais da área. Porém, somente na década de 80 é que a reforma sanitária atingiu um alto nível de discussão entre profissionais, Estado e sociedade brasileira. Entretanto, é notável o crescimento do setor

de saúde no Brasil, nos últimos anos, cada vez mais pessoas estão adquirindo um plano de saúde privado, em decorrência do setor público não dar conta das demandas existentes. Em março de 1986, em Brasília, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que marcou significativamente a discussão em torno da saúde no Brasil. Esta conferência foi presidida por Sérgio Arouca e foi, sem dúvida, um dos maiores acontecimentos para esta área. Contou com um grande e expressivo número de participação de sindicatos, partidos políticos, profissionais e da população, totalizando a participação de quase quatro mil e quinhentas pessoas. O relatório final, desta conferência, serviu como um importante subsídio para a criação do SUS, bem como um capítulo na Carta Magna de 1988, destinado especialmente à área da saúde. Para Carvalho a 8ª Conferência:

Foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social mar cada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (Carvalho, 1995, p.53).

Estava dentro das estratégias da reforma sanitária o Sistema Único de Saúde – SUS, este sistema foi regulamentado através da Lei orgânica nº 8080/90, tendo por objetivo principal a melhoria da saúde da população sem nenhum tipo de cobrança pelo atendimento prestado. Conforme discorre a Secretária de Saúde e Defesa Civil-RJ, o SUS tem por objetivo ser um mecanismo quanto à promoção da equidade, atendendo conforme as necessidades da população. Este sistema deve oferecer serviços de qualidade a todo o cidadão que dele precisar. Dentro das diretrizes do SUS, está a priorização das ações de prevenção, democratização das informações em relação ao direito à saúde. Dentre as responsabilidades deste sistema estão o controle e a propagação de doenças, a qualidade dos medicamentos distribuídos, os exames, os alimentos, o cuidado com a higiene dos ambientes e os equipamentos. Assim:

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado – quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda população de uma determinada região. [...]. O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população em geral e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. (SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL-RJ, 2008, P.01).

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 diz que a saúde é um direito de todo cidadão, independentemente deste vir ou não a contribuir com o Estado através de impostos, e que é dever do Estado garantir a efetivação deste direito por meio de políticas públicas, econômicas e sociais eficazes, bem como as fiscalizações dos serviços públicas de saúde são de responsabilidade deste (BRASIL, 1988).

Conforme o Ministério da Saúde, durante a década de 80, a população uniu forças junto ao movimento pela Reforma Sanitária, na luta por direito à saúde e democratização política, portanto:

As grandes inovações introduzidas pela Constituição de 1988 e incorporadas pelo SUS envolvem a opção pela política pública de proteção social, universalista e equitativa, e a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, formulação e controle da política pública de saúde. Com isto, ficam estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS (BRASIL, 2004, p.08-10).

Segundo ressalta Fleury (apud 2006), a democracia é o único caminho para se chegar a uma verdadeira reforma sanitária, e que a burocratização desta referida reforma, acaba por afastar a população, desmobilizando esta a luta e conquista por seus direitos. Para que se garantissem, realmente mudanças de caráter urgente na saúde foram imprescindível o apoio político para fazer com que a reforma sanitária fosse vista de uma forma mais aprofundada e que as suas reivindicações tivessem espaço garantido na pauta política (BRAVO; MATOS, 2006). Segundo Falcão:

A prática do serviço social pode ocorrer nas dimensões educativa, política e assistencial, a dimensão educativa e política desenvolvem relações interpessoais e sociais como modo e condição de expressão e expansão humana e valores, atitudes e habilidades capazes de desencadear um processo de auto-regulação e de progressão pessoal e grupal. A dimensão política implementa, aciona ou cria recursos sociais; implementa, aciona ou cria fluxo de relações (informação e participação) e a dimensão assistencial atende as políticas emergenciais, tais como: a busca de recursos para transporte, alimentação, medicação entre outros. Estas políticas devem ser colocadas como direito e não como favor para a população. (FALCÃO, apud SILVA, 1998, p.111).

Durante toda esta luta de profissionais e da população em geral no engajamento por uma reforma sanitária, o Serviço Social também se encontrava em uma profunda transição interna e profissional em relação ao Serviço Social Tradicional. A principal questão, quanto a uma transformação do Serviço Social, foi à renovação deste com relação às reais demandas e necessidades advindas da população e a ruptura com o antigo “fazer” da profissão, incluindo a área da saúde um dos campos com maior atuação de assistentes sociais. (BRAVO; MATOS, 2006).

Sendo assim, atualmente o campo da saúde continua sendo um dos setores que mais vem solicitando a presença de profissionais assistente sociais, pois este é um profissional habilitado a perceber muito mais do que a doença, e sim todo contexto social que envolve o indivíduo. O assistente social atua, também, na prevenção de doenças como forma educativa, na democratização de informações, garantia do direito à saúde, entre tantos outros.

Mesmo que o Serviço Social tenha evoluído, em sua trajetória, na busca de uma fundamentação teórica que norteasse a profissão, poucas foram as transformações ocorridas na área da saúde perante as práticas funcionalistas incorporadas por estes profissionais. Isso

porque neste espaço, o Serviço Social se encontrava distanciado do Movimento pela Reforma Sanitária no país. Foi durante a década de 90 que este entra em atrito com o governo, pois é nesta mesma década, no Brasil, é que o sistema neoliberal se incorpora. Para Murrach:

O neoliberalismo enfatiza mais os direitos do consumidor do que as liberdades públicas e democráticas e contesta a participação do estado no amparo aos direitos sociais. Representa uma regressão do campo social e político e corresponde a um mundo em que o senso social e a solidariedade atravessam uma grande crise. É uma ideologia neoconservadora social e politicamente. Por isso, afina-se facilmente na sociedade administrada dos chamados países avançados, em que o cidadão foi reduzido a mero consumidor, e cresce no Brasil e em outros países da América Latina, se vinculado à cultura política predominantemente conservadora. O neoliberalismo parte do pressuposto de que a economia internacional é autoregulável, capaz de vencer as crises e, progressivamente, distribuir benefícios pela aldeia global, sem a necessidade de intervenção do Estado. (MARRACH, 1996, p.1).

Em um país, onde o neoliberalismo é forte, o Estado passa a prover a seus cidadãos do mínimo necessário, tudo é completamente racionalizado, há uma grande descentralização do poder e o setor privado ganha forças quanto à privatização da coisa pública. Com a área da saúde não foi diferente, o projeto de reforma sanitária solidificou-se nos anos 90 com a regulamentação do SUS, porém, a fiscalização em torno dos gastos é forte, o governo se exime de suas responsabilidades como provedor. (BRAVO; MATOS, 2006).

Percebe-se que no Brasil muitas mudanças ocorreram nas duas últimas décadas, quanto em relação à área da saúde. Criou-se muitos programas e leis para a melhoria deste setor, porém, há dificuldades em se efetivar e a garantir direitos aos usuários de um atendimento de qualidade, que venha suprir suas necessidades.

O assistente social vem se destacando, cada vez mais, dentro das políticas de saúde pública. Isso por estar em constante contato com os usuários destes serviços. Por meio desta aproximação, o profissional percebe as mudanças nos campos políticos, econômicos e sociais, ressalta-se que este é um profissional interventivo e atento às questões que envolvem a população excluída, nestes aspectos, incluindo a saúde. (CORREA; CUNHA, 1998).

O interesse e participação da sociedade civil, juntamente com os profissionais da área da saúde na luta e reivindicações por melhorias neste setor, foram significativos para as mudanças ocorridas, e também para a construção da democracia e cidadania da população mais carente, que vivia à mercê do Estado.

Vale ressaltar que a década de 80 foi verdadeiramente importante para o Serviço Social, foi nela que o curso obteve significativo amadurecimento profissional com relação à docência nas faculdades, e também com a inserção de profissionais capacitados em entidades na luta da categoria de assistentes sociais. Principalmente para romper com a visão marxista da profissão. O ensino nas faculdades de Serviço Social foi uma via importante para que de

fato houvesse uma ruptura, porém foram poucas as vitórias neste segmento institucional, que quase nada alterou o modo de intervir intervenção da profissão. (BRAVO; MATOS, 2006).

É importante destacar que durante a realização dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais dos anos de 1985 e de 1989, os eventos receberam vários trabalhos importantíssimos na área da saúde, muitos deles trabalhos tinham, como foco central, a efetivação do trabalho desenvolvido por assistentes sociais nesta área.

Foi inevitável a contratação de profissionais assistentes sociais em dois projetos em andamento nesta época; o de reforma sanitária e o privatista. O projeto de reforma sanitária solicitava, aos profissionais assistentes sociais, que atuassem de modo interdisciplinar nas unidades de saúde, democratizando entre os usuários informações sobre os serviços prestados nesses locais. Também solicitava que fosse elaborada formas/estratégias em que os demais profissionais pudessem perceber a realidade dos seus usuários e, assim, também incentivar a participação ativa destes. (BRAVO; MATOS, 2006).

Em relação ao projeto privatista, este visava à contratação de um assistente social para que selecionasse os usuários de seus serviços por meio da aplicação de uma ficha socioeconômica. E ainda fiscalizasse os seus planos de saúde. Estes dois projetos estão, ainda, em evidência e bastante fortalecidos em nossa sociedade. Cada qual busca cada vez mais, seu espaço. No entanto, ao que se refere às políticas públicas eficazes, estas continuam quase que estagnadas, fragmentadas pelo contexto político e econômico do país.

Ao longo dos anos 90, se fortaleceu a necessidade de uma ruptura da categoria com o marxismo, alegando -se que este não trazia, para a profissão, subsídios realmente palpáveis quanto às reais demandas existentes bem como aos desafios da profissão naquela época. Na área da saúde, havia um embate quanto ao projeto da profissão entre o estudo teórico e a intervenção. E ainda, quanto à falta de confiança dos profissionais em relação às políticas públicas existentes. (BRAVO; MATOS, 2006).

O Conselho Nacional de Saúde – (CNS) percebeu a importância da atuação do assistente social na saúde e reconheceu, este profissional, como membro desta área por meio da resolução nº 218/1997 juntamente com outros treze profissionais da área, entre eles, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, odontólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, médicos, professores de educação física e biólogos. A saúde é o setor que mais vem agrega assistentes sociais em seu quadro de funcionários. O número de contratações vem crescendo a cada ano.

O órgão máximo de representação da categoria dos assistentes sociais, o Conselho Federal de Serviço Social – (CFESS), também reconhece e reafirma a ligação da profissão

com a saúde, através da resolução nº 338/99, pois consta no Código de Ética da Profissão, em seu compromisso ético-político, que o cerne do trabalho do assistente social é garantir os direitos sociais, a equidade e o acesso aos serviços relacionados às políticas públicas sociais (CRESS-PR, 2003).

Conforme Pacheco, é na relação do dever e direito à saúde que a prática do assistente social vem se tornando necessário, para a promoção e atenção à saúde. Assim, sua intervenção tem se ampliado e se consolidado diante da concepção de que o processo de construção da saúde é determinado socialmente, e reforçado pelo conceito de saúde que passa a considerar o atendimento das demandas do setor sob o enfoque relevante das condições sociais.

Assim, entendendo que a saúde é construída a partir de necessidades históricas e socialmente determinada que o assistente social a defende como direito de todo cidadão e dever do Estado, propondo-se a contribuir para essa garantia através do fortalecimento de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade (PACHECO, 2007, p.11).

Os assistentes sociais realizam suas atividades práticas de acordo com as políticas públicas sociais existentes e através da consolidação das mesmas. Nota-se a grande importância de se estar relacionando o direito à saúde, junto ao contexto histórico, político e social da sociedade. Pois, é por meio destes contextos, que se pode compreender as demandas existentes e, assim, possibilitar a criação de novas políticas que garantam, de fato, as necessidades da população. Segundo Pacheco:

Ao reconhecer a saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, o Serviço Social passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença. Outro fato que vem contribuir para a ampliação da inserção do assistente social no campo foi a mudança no processo de gestão da política de saúde, tendo na descentralização político e administrativa a principal estratégia. Com a crescente municipalização da política de saúde os municípios tiveram que contratar diversos profissionais para garantir a gestão local da política, dentre eles o assistente social. (PACHECO, 2007, p1).

Sendo assim, os profissionais assistentes sociais, cada vez mais estão sendo requisitados e vêm se consolidando na área da saúde. Isso, em decorrência da descentralização do poder federal, que sobrecarrega os municípios que, a partir de então, necessitam de contratar profissionais dos mais diversos saberes e capacitados para que esses possam auxiliar na administração dos recursos que a prefeitura municipal dispõe para este campo.

Durante muitos anos e devido ao contexto histórico que engloba o surgimento e a história do Serviço Social no Brasil, esta profissão esteve, por longa data relacionada à assistência social, à caridade, à ajuda e à bondade por parte da elite brasileira, e do Estado omissos para com os seus cidadãos.

É possível perceber, ainda, que boa parte da população, que se encontra em exclusão social, não consegue desvincular o papel do assistente social deste processo assistencialista. Felizmente, este é um conceito que vem tomando outras proporções com relação ao reconhecimento do trabalho exercido pelo profissional assistente social que atua em prol do bem estar social da sociedade como um todo, visando garantir direitos sociais, civis e políticos dos cidadãos, contribuindo para a efetivação da cidadania, da democracia e da equidade social.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação e desenvolvimento do SUS no país vêm requerendo a atuação do assistente social no processo de reorganização dos serviços, nas ações interdisciplinares e intersetoriais, no controle social, entre outras demandas que expressam a abrangência do conceito de saúde vigente, especialmente nos municípios, que é onde se concretizam as ações e serviços de saúde, buscando fortalecer a perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais (BRAVO, 2006).

Considera-se que o código de ética do Assistente Social apresenta ferramentas fundamentais para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde. Destaca-se entre seus 11 princípios fundamentais: a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; a articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. Ou seja, pensar em uma atuação do Serviço Social na saúde é estar articulado e sintonizado aos movimentos dos trabalhadores e usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma crítica e criativa não submeter a operacionalização de seus trabalhos aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS; tentar construir ou efetivar, conjuntamente com outros profissionais, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação crítica também dos funcionários nesses espaços; estar sempre disposto a procurar reciclagem, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido. Bem como estar atento sobre as possibilidades de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde. Não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um

leque de pequenas atividades importantes e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social.

Nessa direção, para que o assistente social planeje e intervenha nas experiências geradoras de um atendimento qualificado, faz-se necessário, num primeiro momento, um estudo investigativo acerca dessa realidade. Baseados nestas considerações os Assistentes Sociais têm infinitas possibilidades de ação junto à população usuária dos serviços de saúde. Este projeto visa analisar e desvelar possíveis obstáculos para estes profissionais.

4. REFERÊNCIAS:

ABESS/CEDEPSS. Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social. Caderno ABESS nº 7. Formação Profissional: Trajetos e Desafios. São Paulo: Cortez, 1997.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. Ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sistema Único de Assistencial Social - SUAS. Disponível em <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-basica/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc>. Acesso em: 18/11/08.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasília-DF, 2006: Editora MS.

BRASIL. lei nº 8.662 de 08 de junho de 1993. Código de Ética profissional do assistente social. Brasília: 1993.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde. Brasília:UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000.

_____, Maria Inês. (Org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO E MATOS, Maria Inês e Maurílio Castro. **Projeto Ético- Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In: MOTA, Ana

Elizabete. **Serviço Social e Saúde. Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CFESS. Código de Ética Profissional do assistente social/1993 e Lei n 8.662/1993, que regulamenta a profissão de serviço Social. Brasília: 1993.

CEFSS. Resolução 383/99 – Caracteriza o assistente social como profissional de saúde, 29 de março de 1999.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2003.

_____, Marilda Villela. Legitimidade e Crise do Serviço Social: Um ensaio de interpretação sociológica da profissão. Piracicaba, SP, 1982.

MARRACH, Sonia Alem. Neoliberalismo e Educação. Disponível em: <http://www.cefetsp.br/edu/eso/neoeducacao1.html>. Acesso em 16/10/2012

Ministério da saúde: Secretaria de Estado Participativa. Brasília-DF. Participa SUS: Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/ParticipaSUS.pdf> Acesso em: 08/11/2012.

PACHECO, Valdirene. O Assistente Social como Profissional da Saúde. Disponível em: http://educacaofisica.org/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=275&Itemid=2. Acesso em 16/10/2008.

Ministério da saúde. Lei Orgânica da Saúde: Lei n 8.080/ 90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e proteção da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e trata de outras providências. Brasília: 1990.

SCLIAR, Moacyr. O Idioma da Saúde. Disponível em: <http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/ekokubun/afsaude/O%20idioma%20da%20saude.pdf>. Acesso em: 09/11/2012.

VASCONCELOS, A. M. de. A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 5. Ed – São Paulo: Cortez, 2007.